

Medicamenteuze zorg aan gedetineerde verslaafden

Richtlijnen en protocollen

De rubriek informeert over richtlijnen en protocollen die zijn ontwikkeld door het sinds 1999 opgezette landelijke project Resultaten Scoren. Ook elders ontwikkelde protocollen en richtlijnen worden in deze rubriek samengevat. De rubriek staat onder redactie van Wim Buisman*, onder meer werkzaam als secretaris van de Raad voor Bekwaamheidsontwikkeling in de verslavingszorg bij GGZ Nederland. Deze bijdrage is samengesteld door Marleen Arends** (verslavings- en politiearts bij Politie Haaglanden), Hein de Haan (psychiater en eerste geneeskundige bij Tactus Verslavingszorg en NIFP) en Gerda van 't Hoff (senior beleidsmedewerker bij Dienst Justitiële Inrichtingen).

Inleiding

De Richtlijn medicamenteuze zorg aan gedetineerde verslaafden (CBO, 2008) is ontwikkeld naar aanleiding van de grote verscheidenheid in aangeboden zorg voor (opiaat)verslaafde gedetineerden. Het Ministerie van Justitie gaf de opdracht voor deze richtlijn in aansluiting op de publicatie van de Richtlijn opiaatonderhoudsbehandeling (RIOB). De richtlijn beoogt het bevorderen van een uniform beleid op het gebied van medicamenteuze zorg aan verslaafde gedetineerden. Ze behandelt naast opiaatverslaving ook het gebruik van benzodiazepinen. Verder belicht de richtlijn de verschillende penitentiaire regimes, knelpunten en organisatorische aspecten.

Zorg en behandeling van verslaafde gedetineerden

Behandeling van verslaving vond tot 2001 uitsluitend plaats op een verslavingsbegeleidingsafdeling (VBA), waar verslaafden vrijwillig worden geplaatst. Omdat deze vrijwillige begeleiding matig effectief

* E-mail: wbuisman@ggznederland.nl.

** E-mail: marleenarends@yahoo.com.

bleek bij recidivisten, is er meer justitiële drang uitgeoefend. Voorbeelden van een drangtraject zijn het deelnemen aan programma's voor gedragsinterventies in het kader van het project 'Terugdringing recidive' of een doorgeleiding naar zorg als alternatief voor detentie. Medische zorg binnen justitie dient kwalitatief hetzelfde niveau te hebben als zorg buiten de detentie. Vanuit het principe van continuïteit van zorg, is nazorg van verslaafde (ex-)gedetineerden van cruciaal belang. Daartoe dient voor elke gedetineerde een individueel nazorgplan opgesteld te worden (met aandacht voor zorg en sociaal-maatschappelijke zaken). Dit plan dient als regel in het psychomedisch overleg (PMO) besproken te worden.

Beschrijving van de richtlijn

In de richtlijn ligt de nadruk op opiaatverslaving en is er zijdelings aandacht voor de behandeling van de afhankelijkheid van benzodiazepinen, stimulantia (zoals cocaïne en amfetaminen) en/of cannabis. Voor de (medicamenteuze) behandeling van de veel voorkomende verslaving aan nicotine en alcohol, vindt verwijzing plaats naar de voor deze verslaving ontwikkelde richtlijnen door het CBO. Wel wordt de behandeling van psychiatrische en somatische comorbiditeit besproken, onder meer vanwege mogelijke (medicamenteuze) interacties bij een behandeling door opiaatsubstitutie. De richtlijn belicht daarnaast de verschillende penitentiaire regimes. Een belangrijk aandachtspunt (want vaak een knelpunt) is voorts de afstemming van zorg aan verslaafde gedetineerden met de zorg buiten detentie.

Infectieziekten zoals hiv/aids, hepatitis B/C en andere soa's komen regelmatig voor bij aan opiaten verslaafde gedetineerden. Een klinisch relevante interactie van methadon (of buprenorfine) komt voornamelijk voor in combinatie met hivmedicatie, rifampicine (tuberculosemedicatie), sedativa en epilepsiemedicatie. Als deze medicijnen worden voorgeschreven, is het soms nodig de dosering methadon of buprenorfine aan te passen. Dit kan ook noodzakelijk zijn bij ernstige nier-, hart- of leverstoornissen. Bij opiaatverslaafden met psychische stoornissen wordt doorgaans opiaatonderhoudsbehandeling aangeraden om de stabiliteit van het psychiatrische beeld te ondersteunen.

De richtlijn gaat ook in op interacties tussen methadon en buprenorfine en psychofarmaca. Zo wordt afgeraden om MAO-remmers samen met methadon of buprenorfine voor te schrijven, vanwege ernstige circulatoire bijwerkingen. Bij zwangere gedetineerden wordt in de richtlijn methadon boven buprenorfine verkozen, omdat er voor het laatste medicijn onvoldoende bewijs is dat het niet schadelijk is tijdens de zwangerschap. Een verlaging van de dosering vindt bij voorkeur

plaats tussen de veertiende en twintigste week van de zwangerschap. Vanwege relatieve hypervolemie zijn in het derde trimester van de zwangerschap aanpassing van de methadondosering en tweedagelijkse inname aan te raden.

Methadon en buprenorfine worden beide als standaardbehandeling beschouwd bij opiaatonderhoudstherapie. Methadon heeft de voorkeur vanwege de lange ervaring met dit middel. Er zijn aanwijzingen dat buprenorfine bij een comorbide depressie effectiever is dan methadon. In tegenstelling tot het eerdere beleid in detentie, pleit de richtlijn ervoor om een reeds eerder begonnen opiaatonderhoudsbehandeling in detentie niet standaard af te bouwen, onder andere omdat gegeven de chroniciteit van de verslaving en psychiatrische problematiek 'care' (zorg) en niet 'cure' (genezing) op de voorgrond staat.

De richtlijn adviseert bij verslaafde justitiabelen hoge doseringen methadon (>60 mg) of buprenorfine (>16 mg). Bij een duidelijke indicatie voor afbouw, dient detoxificatie altijd samen te gaan met psychosociale interventie om terugval te voorkomen. Dat kan eventueel gepaard gaan met het instellen op naltrexon (effectief gebleken in justitiële setting voor het verminderen van terugval in opiaatgebruik en delictrecidive).

Bij (chronisch) gebruik van benzodiazepinen zonder een valide indicatie hiervoor, is het advies af te bouwen met omzetting in een langwerkende benzodiazepine (zoals diazepam) in overleg met de voorschrijvend arts buiten detentie. Bij detoxificatie bij problematisch gebruik van andere middelen dan opiaten, zoals cocaïne, amfetaminen en cannabis, kunnen in geval van onrust of angst voor enkele dagen (langwerkende) benzodiazepinen in lage dosering worden voorgeschreven.

Medische informatieoverdracht

Overdracht van medische gegevens vanuit en naar detentie levert veel problemen op. Binnen detentie worden verschillende momenten in de behandeling van verslaafde gedetineerden vastgelegd in verschillende elektronische medische dossiers. Dit gaat soms ten koste van een goed overzicht. Daar komt bij dat in de verslavingszorg de Landelijke Centrale Middelen Registratie (LCMR) nog niet overal is geïmplementeerd en niet gekoppeld is aan het elektronisch patiëntendossier (EPD). Zo zijn er meer voorbeelden van het gebrek aan onderling gekoppelde landelijke systemen.

De richtlijn adviseert, zolang er geen complete koppeling is gerealiseerd, dat de verschillende partijen zoals Dienst Justitiële Inrichtingen, ggz, politie en forensische artsen met elkaar afspraken te maken over de overdracht van gegevens.

Meer informatie

De volledige Richtlijn medicamenteuze zorg aan gedetineerde verslaafden kan men downloaden op www.cbo.nl.